IX kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

Komisja Zdrowia

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 21)**

z dnia 14 kwietnia 2023 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 21)

14 kwietnia 2023 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia publicznego, obradująca pod przewodnictwem posła **Marka Hoka (KO)**, przewodniczącego podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat przyczyn wysokiej umieralności w czasie pandemii COVID-19 oraz po jej ustaniu.

W posiedzeniu udział wzięli: **Dariusz Poznański** dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, **Agata Śmiglewska** dyrektor Departamentu Analiz i Strategii MZ, **Michał Dzięgielewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ, **Anna Baumann-Popczyk** dyrektor Departamentu Przeciwepidemicznego i Ochrony Sanitarnej Granic Głównego Inspektoratu Sanitarnego, **Marzena Bieńkowska** zastępca dyrektora Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Marek Szpakowski** dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii, pełnomocnik dyrektora ds. zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania chorób zakaźnych wywołanych wirusem SARS-CoV-2 w Ministerstwie Zdrowia, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Stowarzyszenia na Rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi SANITAS, **Wojciech Wiśniewski** ekspert ds. ochrony zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Krzysztof Olszewski**, **Jakub Stefański**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Szanowni państwo, witam serdecznie. Pozwolę sobie otworzyć nasze posiedzenie. Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego. Witam członków podkomisji, państwa posłów, zaproszonych gości. Stwierdzam kworum. Możemy przystąpić do obrad.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat przyczyn wysokiej umieralności w czasie pandemii COVID-19 oraz po jej ustaniu. Temat zaprezentuje przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia. Czy do porządku obrad są jakieś uwagi ze strony państwa parlamentarzystów? Jeśli nie, uznaję go za przyjęty.

Przystępujemy do jego realizacji. Informuję, że wszystkie materiały zostały przesłane i wysłane na adresy e-mail państwa posłów. Dostępne są również w wersji papierowej. Informuję również, że wpłynęło upoważnienie dla pana Dariusza Poznańskiego – dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia do reprezentowania ministra.

Za chwilę poproszę o przedstawienie tej informacji, ale pozwolę sobie na początku powiedzieć parę zdań od siebie związanych z tym zagadnieniem. Teoretycznie jesteśmy już w okresie po pandemii, ale doskonale wiemy, że się nie skończyła i ma trochę inny wymiar. Niestety w dalszym ciągu mamy niepokojące informacje, raporty OECD i innych instytucji, które mówią o nadmiarowości zgonów w okresie 2020–2022. Mamy raport, który dotyczy okresu marzec 2020 – czerwiec 2022. Przygotowany został przez OECD, która analizowała liczbę nadmiarowych zgonów. Niestety za nami były tylko takie kraje jak Rumunia, Bułgaria, Słowacja i Estonia. W tym samym okresie do czerwca 2022 roku, czyli szczytowym, mieliśmy ponad 6 tys. zgonów nadmiarowych. W Niemczech

było 2 tys., a w Szwecji, która była tak różnie oceniana, jeśli chodzi o podejście do walki z pandemią było 700 zgonów na 1 mln mieszkańców. Ostatnie tygodnie roku 2022 potwierdziły nie najlepsze dla nas wyniki. Ten wzrost był jeszcze trochę większy niż w poprzednim okresie.

Niepokojące również jest to, że nowy rok 2023 rozpoczął się dużą liczbą zgonów. W samym pierwszym tygodniu stycznia wedle danych GUS zmarło ponad 10 tys. Polaków, a w okresie porównywalnym, czyli w latach przedpandemicznych 2015–2019 w pierwszym tygodniu stycznia było około 8 tys. zgonów. Mamy więc w dalszym ciągu nadmiarową liczbę zgonów – w tym przypadku 20%. Chciałem również przypomnieć, że nadal mamy duże problemy z zachorowalnością na grypę, która w tym roku zdecydowanie przyspieszyła. Tylko od września do stycznia tego roku mieliśmy ponad 3,5 mln zachorowań na grypę. Pojawiają się takie choroby jak szkarlatyna. W 2021 roku było tylko 2600 zachorowań na nią, a w 2022 roku już ponad 13 tys. Pojawiają się też częściej ospa, krztusiec, dur brzuszny. Bardzo niepokojący jest też duży wzrost zachorowań na HIV i AIDS. To elementy, które powodują duże zaniepokojenie. Nasze środowisko parlamentarne stara się uzyskać informacje dotyczące tego złego trendu i złych statystyk. Staramy się dowiedzieć, dlaczego mamy taką nadmiarową liczbę zgonów i chcielibyśmy wyciągnąć z tego wnioski i wdrożyć jakieś procedury, aby zabezpieczyć się przed ewentualnymi następstwami tego typu problemów.

Rzecznik praw obywatelskich występował do pana ministra z prośbą o informację dotyczącą analizy nadmiarowości zgonów w styczniu 2022 – do ministra zdrowia. Niestety nie uzyskał odpowiedzi. W czerwcu powtórzył wystąpienie i w styczniu tego roku otrzymał odpowiedź. Polegała ona m.in. na tym, że pan minister zdrowia powołał Zespół ds. analizy sytuacji zdrowotnej ludności Rzeczypospolitej Polskiej w czasie pandemii COVID-19 oraz jej konsekwencji zdrowotnych. Czekaliśmy na raport tego zespołu, który miał się ukazać do końca marca tego roku. Mamy połowę kwietnia i nie mamy go, więc prosilibyśmy o informacje dotyczące pracy tego zespołu. Te wszystkie fakty powodują, że dzisiejsze spotkanie jest nam tak bardzo potrzebne. Dlatego poprosiłem państwa o spotkanie na dzisiejszym posiedzeniu.

Chciałem jeszcze przywitać państwa, którzy przyjęli to zaproszenie. Oczywiście jest pan dyrektor Poznański z Departamentu Zdrowia Publicznego. Jest też pan dyrektor Dzięgielewski, który zawsze jest na naszych posiedzeniach Komisji. Myślę, że dziś pan dyrektor Poznański będzie referował, chyba że pan dyrektor Dzięgielewski podzieli się z nami swoim doświadczeniem i uwagami. Chciałem również przywitać panią dyrektor z Głównego Inspektoratu Sanitarnego Annę Baumann-Popczyk. Są też obecni: pani Marzena Bieńkowska zastępca dyrektora Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, pan Marek Szpakowski dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii, pełnomocnik dyrektora ds. zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania chorób zakaźnych wywołanych wirusem SARS-CoV-2, Agata Śmiglewska dyrektor Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia. Jest też oczywiście pan dyrektor, który jest niezawodny i mogę liczyć na jego współpracę. Pani Aleksandra Rudnicka też jest zawsze z nami na spotkaniach – stowarzyszenie walki z chorobami nowotworowymi i pan Wojciech Wiśniewski z Federacji Przedsiębiorców Polskich – to środowisko onkologów, którzy skorzystali z naszego zaproszenia.

Bardzo proszę pana dyrektora Poznańskiego o przedstawienie informacji, o które prosiliśmy.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Dariusz Poznański:

Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, bardzo dziękujemy za zaproszenie. Może zacznę od informacji dotyczących prac tego zespołu, o którym pan przewodniczący wspomniał. Wstępny plan był taki, że uda się nam zakończyć analizy do końca marca. Mamy na uwadze to, aby zamknąć trzy pełne lata, czyli okres 2020–2022. Aby mieć to już absolutnie zamknięte i mieć pewne dane z Głównego Urzędu Statystycznego i analizy z Państwowego Zakładu Higieny Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego poprosiliśmy o jeszcze trochę czasu – do końca czerwca – aby móc

zamknąć ten raport. Analizujemy zarówno dane statystyczne związane z umieralnością z powodu COVID i innych przyczyn, ale też uwarunkowania tej umieralności. Zespół ma wypracować rekomendacje jak działać dalej, jeśli chodzi o ograniczenia konsekwencji zdrowotnych związanych z pandemią COVID w Polsce. Za kilka tygodni taki raport będzie już na ukończeniu. W materiale, który skierowaliśmy do Komisji są już te dane statystyczne, które udało się nam mówiąc kolokwialnie obrobić i pewne wnioski postaram się państwu w syntetyczny sposób przedstawić.

Od 2020 roku, tym, co w sposób najbardziej istotny w porównaniu do lat poprzednich wpłynęło na sytuację zdrowotną w Polsce i uwarunkowania innych przyczyn umieralności ewidentnie jest pandemia spowodowana przez wirusa SARS-CoV-2. Analizy związane z umieralnością są przeprowadzane na podstawie danych dostarczanych nam przez GUS, który gromadzi informacje o jednostkowych przyczynach zgonów. Na tej podstawie analizujemy tę umieralność w podziale na przyczyny zgonów. Informacje o liczbie zgonów pochodzą z kilku źródeł – to zarówno informacja z GUS, ale również z rejestru PESEL. Prognozy dotyczące oczekiwanej długości życia i umieralności są przedstawiane przez Eurostat. Aby mieć porównywalność między latami opieramy się na danych o umieralności z GUS. Patrząc na przyczyny tej nadwyżki zgonów, na prognozę, która była przedstawiona na 2021 i 2022 rok, największa nadwyżka była w 2021. W 2020 roku wynosiła ona 15%, a w 2022 roku 10%. Widać, że to obciążenie epidemią było różne między latami, ale systematycznie się zmniejsza, co jest naturalną konsekwencją tego, że liczba zachorowań i zgonów jest już mniejsza z upływem lat.

Patrząc na najwyższy poziom ogólności, co jest przyczyną największej nadwyżki umieralności – w latach 2020–2021 zgony z powodu COVID stanowią 67% i 90%. Rok 2021 był najgorszy, jeśli chodzi o liczbę zgonów i 90% nadwyżki stanowiły zgody zakwalifikowane w kartach zgonu z przyczyną COVID. Oczywiście ta umieralność covidowa nie jest wyjątkowa w Polsce. Wszystkie państwa na świecie mierzą się z tym problemem i analizują jego przyczyny. Zapoznajemy się z międzynarodowymi doniesieniami i póki co jeszcze nie natrafiliśmy na taki raport, który przygotowujemy w Polsce, który ma przeanalizować dokładne przyczyny nadwyżek i ich struktury. Śledzimy na bieżąco doniesienia z innych państw i póki co nie mamy punktu odniesienia, więc nasz raport może być dość nowatorski pod tym względem. Na pewno obserwujemy korelację i przełożenie się poziomu zaszczepienia przeciwko COVID na umieralność z powodu tej choroby. W ramach prac tego zespołu pokusiliśmy się o taką analizę, że jeśli mielibyśmy poziom zaszczepienia podobny jak w państwach zachodnich, czyli podnieślibyśmy go o 15% w różnych grupach wiekowych, wtedy moglibyśmy oczekiwać, że liczba zgonów z powodu COVID spadłaby o ponad 30%. Umieralność z powodu COVID jest wprost proporcjonalna do poziomu zaszczepienia, co też jest faktem obserwowanym od lat.

Patrząc wcześniej, sięgając nie tylko roku 2020, obciążenie społeczeństwa chorobami przewlekłymi niezakaźnymi, czyli cukrzycą, nowotworami, chorobami układu krążenia czy przewlekłymi chorobami układu oddechowego w Polsce jednak jest większe i liczba lat korygowana o niepełnosprawność, czyli taki wskaźnik syntetyczny DALY – disability adjusted life years – w Polsce jest wyższy. Obciążenie tymi chorobami niestety od lat było wyższe niż przeciętne dla Unii Europejskiej czy też OECD. Śmiertelność z powodu chorób układu krążenia i nowotworów też jest związania z nadwyżką umieralności. Widzieliśmy w latach poprzedzających pandemię COVID, że ten spadek ogólnej umieralności w Polsce uległ zahamowaniu. Było to szczególnie widoczne w populacji osób w wieku podeszłym. Jest to też charakterystyczne dla pandemii wywołanej tym wirusem, szczególnie nadwyżki umieralności obserwowaliśmy w populacji osób najstarszych. Mediana zgonów z powodu COVID to osoby w wieku 75–80 lat. Ta grupa najbardziej ucierpiała, jeśli chodzi o zgony covidowe.

W materiale, który przekazaliśmy do Sejmu jest więcej informacji w podziale na różne przyczyny zgonów, czyli zarówno covidowe, jak i umieralność z powodu chorób układu krążenia, różnych nowotworów złośliwych, chorób układu oddechowego czy trawiennego. Może nie będę tego wszystkiego czytał. Dla państwa, którzy są tym bardziej zainteresowani możemy tę informację przesłać. Jak wspomniałem, za kilka tygodni będzie bardzo kompleksowy raport, który zapewne zostanie udostępniony na naszej stronie

internetowej. Jeśli miałbym to ogólnie podsumować, to widzimy, że w ciągu lat pandemicznych, jeśli chodzi o nowotwory, były pewne różnice między tym, czego się spodziewaliśmy się w związku z wieloletnimi trendami. Poziom jednego roku był troszeczkę wyższy, a drugiego trochę niższy. Jeśli chodzi o umieralność z powodu nowotworów nie widzieliśmy diametralnej różnicy. Widzieliśmy zwiększenie, jeśli chodzi o choroby układu krążenia, udary i zawały. W innych grupach chorobowych, np. układu trawiennego, zgony spowodowane używaniem alkoholu, widzimy też różnicę na plus i było ich więcej. Oczywiście nasz raport, który przygotowujemy, jest opracowywany w kontekście historycznym – patrzymy na trendy, które obserwujemy w ciągu ostatnich lat w Polsce.

Porównujemy też nasze wyniki z międzynarodowymi. Jak pan przewodniczący wspomniał, kontekst jest bardzo istotny. Trzeba bardzo mieć tu na uwadze czas. Jeśli popatrzymy na konkretne półrocza, jest tu duży regionalizm. Mam tu wykres, który dotyczy zgonów covidowych w przeliczeniu na milion mieszkańców. Patrząc na trudny covidowo okres – drugie półrocze 2021 roku – są tu grupy państw i umieralność w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców jest wyraźnie najniższa w państwach zachodnich i na północy Europy. Później jest taka grupa państw zbliżonych do Polski – Europa Środkowo -Wschodnia, Czechy, Słowacja, Estonia, Słowenia umieralność mają bardzo podobną. Kilkukrotnie wyższa umieralność jest w Bułgarii, Rumunii, na Litwie i Łotwie. Zmienia się to z biegiem kolejnych miesięcy. W Finlandii, która w 2020 roku miała bardzo niski poziom umieralności 100 osób na 1 mln, w 2022 roku było już 1 tys. zgonów na 1 mln. To bardzo się zmienia zależnie od tego na jaki okres patrzymy.

Może to wszystko z mojej strony tytułem wstępu. Jeśli będą szczegółowe pytania, postaramy się odpowiedzieć. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Tak czy inaczej w tych porównaniach wypadamy bardzo kiepsko i nie musimy mieć tu różnicy zdań. Czekając na ten raport państwo sami napisali w swojej informacji, że gdybyśmy tylko w drugiej połowie 2021 roku zwiększyli wyszczepienie, moglibyśmy uniknąć prawie 34% zgonów z powodu COVID w tym okresie. To bardzo znaczące. Ta akcja szczepienia była kiepska, o czym wiemy i w tym gronie możemy powiedzieć, że to niskie wyszczepienie powodowało dużą liczbę zgonów z powodu COVID. Otwieram dyskusję. Zaczynamy od państwa parlamentarzystów. Głos ma pan poseł, doktor Jerzy Hardie-Douglas. Bardzo proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Dziękuję bardzo. Wiedziałem, że taki raport ze strony ministerstwa jest przygotowany, ale niestety nie mogłem go nigdzie znaleźć. Cieszę się, że uchylił pan rąbka tajemnicy, choć szkoda, że tak późno. Ze zdziwieniem patrzę, że im dalej jest od epidemii, która jak powiedział pan przewodniczący, zakończyła się tylko w sposób zwerbalizowany, bo tak naprawdę nie do końca, tym częściej będziemy słyszeli jak świetnie sobie państwo z tym poradzili. To absolutnie nieprawda. Ze zdziwieniem słuchałem liczb, które pan podawał na temat zgonów nadmiarowych. Powiedział pan najpierw, że w latach 2020–2021 60% przypisywano zachorowaniem na COVID, a potem już 90% to były zgony spowodowane COVID. W statystykach, które są dostępne padają zupełnie inne liczby. W tym czasie przypisywano COVID – można było to zrobić wyłącznie na podstawie danych wpisywanych do kart zgonu lub podawanych w szpitalach, gdzie pacjenci umierali – zupełnie inne liczby. Z nich wynikało, że jeśli przyjmiemy liczbę zgonów nadwymiarowych, nadlimitowych jako 100, to 30% stanowiły zgony spowodowane COVID, a reszta to zgony spowodowane głównie trudnościami z dostępem do opieki zdrowotnej i tym, że pacjenci byli przestraszeni nieudolną akcją informacyjną po prostu nie zgłaszali się do lekarza.

Podawał pan dane dotyczące tego, że musimy zwrócić uwagę na to, że mamy więcej zgonów z powodu chorób kardiologicznych i nowotworowych niż np. państwa zachodnie. Nie wiem co to ma za związek ze zgonami nadmiarowymi. Nawet jeśli tak jest, a jest tak w niektórych chorobach, że mamy więcej zgonów niż kraje przyjęte za wyżej rozwinięte, to tak było również przed COVID. Nie porównujemy przecież tych danych z danymi państw zachodnich, ale z Polską – ile osób zmarło w Polsce w 2017, 2018, 2019 roku i ile w 2020, 2021 i 2022 roku. Nie potrafili państwo w czasie epidemii – dziś możemy

opowiadać sobie różne rzeczy – polemizować z tym, co było przez pewne grupy bardzo podnoszone, że zdecydowanie z powodu waszych akcji, różnych wytycznych o konieczności przechodzenia szpitali w stan ostry, co powodowało trudności z dostaniem się tam pacjentów, to wszystko spowodowało, iż pokazywano, że polityka restrykcyjna, różne lockdowny robią więcej szkody niż pożytku. To wygenerowało ruch antyszczepionkowe, który w sposób niesamowity w Polsce się uaktywnił. Do tego dobrze byłoby przypominać, że przynajmniej część posłów Zjednoczonej Prawicy ten ruch popierało w sposób czynny, nie mówię już o posłach Konfederacji, którzy w tym bardzo czynnie uczestniczyli. To, jakie to szkody spowodowało zobaczymy dopiero za parę lat. To, że mieliśmy jeden z najgorszych wyników na świecie, jeśli chodzi o wyszczepienie przeciwko SARS-CoV-2 – nie pamiętam tych danych, ale jest to około 50% – powoduje, że pewne choroby, o których mówił pan przewodniczący Hok, jak np. szkarlatyna, będą wracały. Coraz silniejszy jest niezwykle irracjonalny ruch antyszczepionkowy.

Jeśli ten raport brzmi tak abstrakcyjnie, jak pan to przedstawił, to jest to raport na zamówienie, wybielający, który tak naprawdę absolutnie nie porusza istotnych spraw. Możemy się tu czarować, ale jaki koń jest każdy widzi i Polska była na samym końcu. Walka z COVID w Polsce była jedną wielką katastrofą. Znam życie. Za 5 lat nikt o tym nie będzie pamiętał. Jeśli uda się państwu taką retorykę utrzymać, będziecie sprzedawali niezwykle nieudolną działalność Ministerstwa Zdrowia jako swój olbrzymi sukces.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pani poseł też chciała zabrać głos.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Dziękuję. chciałabym się skupić na jednej konkretnej rzeczy. To, że mamy w Polsce nadumieralność z powodu COVID-19 to już doskonale wiemy. Wiemy też, że GUS dokładnie podlicza przyczyny zgonów. Wynika z tego, że liczby zgonów na COVID są wyższe niż te zbierane przez MZ w czasie rzeczywistym. Jest to oczywiste, bo tam jest analiza kart zgonu. Ta górka nadumieralności, nad którą zastanawialiśmy się w trakcie pandemii, czy wynika z samej choroby czy zaniedbania innych chorób, w dużej mierze okazała się iść na konto samego koronawirusa. Nie będę do tego wracała. To, że profilaktyka pierwotna COVID-19 wyglądała jak wyglądała, czyli akcja szczepień kulała i akcja informacyjna rządu i dyskusja o obowiązku szczepień to było coś, od czego z jednej strony rząd uciekał, a z drugiej twierdził, że akcja jest. Wiemy, jak to wyglądało – będę powtarzała to jak mantrę. Kiedy była informacja na temat tego jak pobrać 500+, to wychodziła ona z każdej lodówki. Jeśli chodzi o promocję szczepień, nie wyglądało to aż tak intensywnie i imponująco. Wielokrotnie w interwencjach do NFZ pytałam o jakość leczenia COVID-19. Dane o śmiertelności w różnych jednostkach i na różnych poziomach zabezpieczenia szpitalnego w trakcie pandemii pozwoliłyby nam w odpowiedzialny sposób zacząć dyskusję o tym co działało, a co nie. To może nie jest ostatnia pandemia w naszych czasach i ona nadal trwa, więc może warto przygotować się trochę lepiej i przeanalizować te dane konkretniej. W kilkumiesięcznej wymianie pism prezes NFZ próbował mi tych danych nie udostępnić. Dostałam najpierw jakieś mętne wyliczenia, ile jest jednostek w kilku przedziałach śmiertelności.

Przeglądałam te pisma i dostałam informacje, że są to dane kompletne, zebrane i zamknięte w konkretnym okresie sprawozdawczym. Te dane śmiertelności były podawane od 0 do 25, od 25 do 50, od 50 do 75, od 75 do 100%. Pomiędzy 50 i 75 jest duża różnica i dlatego poprosiłam wyliczenia, a nie zakresy. To jest ważne, aby wiedzieć co działało. Później NFZ twierdził, że dane, na podstawie których te przedziały wyliczył nie są możliwe do przekazania, ponieważ wymagają integracji, a to komunikaty, które NFZ zbierał na bieżąco, że te dane są z różnych baz i w związku z czym musi nastąpić jakaś integracja i że te dane są objęte tajemnicą. Na końcu tej przezabawnej wymiany pan prezes NFZ raczył przyznać, że dane owszem ma, ale w celu ich opracowania powstanie zespół ministerialny, który ma przedstawić wnioski do końca marca. Jesteśmy rok od tamtych wydarzeń. Te dane istnieją i jesteśmy w stanie je zobaczyć z wyszczególnieniem na poszczególne jednostki. Jest to też ważne z perspektywy badaczy, którzy zajmują się pandemiami – jak wyglądało leczenie pacjentów z COVID-19 w różnych syste-

mach zabezpieczenia. Mam pytanie do ministerstwa – czy NFZ i MZ posiadają te dane? Chciałabym usłyszeć jednoznaczną informację. Jeśli tak, to ponownie wniosę o ich udostepnienie. Jeśli nie, to kiedy możemy się ich spodziewać? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Oczywiście zaraz rozpoczniemy dyskusję, ale proszę pana dyrektora o odpowiedź na te kilka pytań.

Dyrektor departamentu MZ Dariusz Poznański:

Odpowiadając na pytanie pana posła Hardiego-Douglasa, o te 67% i 90% i co to za odsetki, Eurostat przygotował kilka lat temu dziesięcioletnią prognozę o spodziewanej liczbie zgonów w różnych państwach. W Polsce przeciętnie jest 400 tys. zgonów rocznie. To był nasz punkt odniesienia w tej analizie. Jeśli w danym roku widzieliśmy np. 480–490 tys. zgonów, to te kilkadziesiąt tysięcy traktowane było przez nas jako nadwyżka w stosunku do prognozy Eurostatu, który robił ją w oparciu o jednolitą metodykę dla wszystkich państw Unii Europejskiej. Patrzyliśmy na dane GUS z jednostkowych kart zgonu – jaki odsetek stanowią zgony covidowe. W 2020 roku było to 67%. Trzeba mieć na uwadze to, że wytyczne dotyczące kodowania przyczyn zgonu jako covidowych wedle WHO nie istniały od początku pandemii, ale były aktualizowane. Konkretna aktualizacja została wydana pod koniec kwietnia i określona liczba zgonów prawdopodobnie była zakodowana jako zgony spowodowane niewydolnością oddechową, układu krążenia i z innych przyczyn. W 2021 roku, gdy już było 90%, lekarze wiedzieli, jak kodować te zgony. Koderzy, którzy pracują na rzecz urzędów statystycznych, analizują te karty zgonu i na ich podstawie przygotowali raport o umieralności, też mieli już dużo większe doświadczenie i obraz sytuacji. Raport i dane, które przekazujemy nie są próbą zaczarowania rzeczywistości. Dane są jakie są i będziemy je w raporcie prezentowali zgodnie ze stanem faktycznym. To nie są informacje, które posiadamy ze źródeł niemiarodajnych, ale wciąż są te same bazy danych GUS. Przy wszystkich cytowaniach te źródła będziemy wskazywali i każdy może o te dane wnioskować i takie analizy prowadzić samodzielnie. Tu nie ma nic do ukrycia.

Jeśli chodzi o obciążenie polskiego społeczeństwa innymi chorobami, to w kontekście tego, że śmiertelność z powodu COVID była bardzo wysoka wśród najstarszych w populacji, jest to związane z wielochorobowością, która tam występuje. To obciążenie nowotworami, chorobami układu krążenia, niewydolnością serca w tej grupie jest po prostu wyższe. Ogólny zły stan zdrowia i obciążenie licznymi chorobami na pewno wiązało się w jakimś stopniu z tym, że ryzyko zgonów w starszej grupie wiekowej było wyższe niż w młodszej populacji.

To chyba tyle. Jeśli chodzi o pytanie o dane po stronie NFZ związane z leczeniem, nie potrafię jednoznacznie odpowiedzieć. Nie wiem, czy może koledzy mają informacje. Jeśli nie jesteśmy w stanie odpowiedzieć na bieżąco, odpowiemy pani poseł na piśmie.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Kto z państwa chciałby ustosunkować się do wystąpień? Bardzo proszę, proszę się przedstawić do protokołu.

Rzecznik Stowarzyszenia na Rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka – rzecznik stowarzyszenia SANITAS, ale również rzecznik osób objętych opieką paliatywną. Chciałam zabrać głos również w imieniu tych osób. Bardzo ważne dla mnie jest ocenienie, ile osób zmarło z powodu COVID i jak pandemia wpłynęła na tę wysoką umieralność, ale istotne jest też to, co się dzieje teraz, tak jak powiedział pan poseł, bo ta wysoka umieralność nadal się utrzymuje. Powinniśmy odpowiedzieć sobie na pytanie, dlaczego i z jakich powodów. Czy to też jest tzw. dług pocovidowy? Na pewno jest tak, że osoby, które nie zostały odpowiednio zdiagnozowane i zostały zdiagnozowane w stanie bardzo dużego zaawansowania choroby są teraz w takim stanie, że wcześniej umierają. Z drugiej strony mamy też do czynienia z moim pokoleniem – sześćdziesięcio- i siedemdziesięciolatków i z postępem medycyny. Mamy taką sytuację, że mnóstwo osób ma choroby przewlekłe, co też ma wpływ na wysoką umieralność. Osoby, które kiedyś

nie dożywały momentu, w którym zaczynały chorować na nowotwory obecnie z nimi żyją i to dość długo, umierają w wieku późniejszym. To też ma na to wpływ. Tego typu dane epidemiologiczne powinniśmy też zebrać dla określonych grup wiekowych w określonych chorobach. To też nam przedstawi pewien obraz i pokaże potrzebę działania. Pan poseł mówił też o nawracających chorobach takich jak koklusz i krztusiec. Wynika to z tego, że są to szczepienia, które należy powtarzać. To nie jest szczepienie na całe życie. Sama dwa razy przeszłam koklusz i nawet ze zdiagnozowaniem był duży kłopot, bo nikomu nie przyszło do głowy. że to ta choroba.

Ważne jest to, żeby w tym raporcie, poza danymi epidemiologicznymi, które należy rozpatrywać też pod tym kątem, znalazły się zalecenia dotyczące tego co powinniśmy zmienić. Musimy wyciągać wnioski z takich sytuacji, które były. Oczywiście możemy krytykować, że była taka czy inna informacja o szczepieniach i tak czy inaczej one przebiegały i duża część społeczeństwa na nie nie poszła, bo była duża akcja antyszczepionkowa. To wszystko wiemy, ale musimy wyciągać z tego wnioski. Należy zastanowić się, dlaczego mamy tak wysoką umieralność i z czego ona wynika, poza COVID. To bardzo ważne. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Do tych szczepień powinniśmy wracać jak najczęściej. Przypominam sobie jeszcze takie dane liczbowe – 15 lat temu w skali kraju było około 8 tys. odmów rodzin, jeśli chodzi o szczepienia wynikające z kalendarza obowiązkowych szczepień, a w zeszłym roku było już ponad 80 tys. Problem narasta. To będzie oczywiście wiązało się z chorobowością. Na temat aktualnego stanu mógłby wypowiedzieć się gościnnie zaproszony pan profesor Witkiewicz, bo właśnie on obserwuje na co dzień jakie mamy zaległości, jeśli chodzi o onkologię i w jakim stanie pacjenci w ostatnich miesiącach trafiali, bo potrafili być jeszcze w gorszym stanie. Sytuacja nie wygląda tak, jakby się poprawiała. Bardzo proszę, proszę się przedstawić do protokołu.

Ekspert ds. ochrony zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:

Wojciech Wiśniewski – Federacja Przedsiębiorców Polskich. Chciałbym kontynuować dyskusję, którą odbyliśmy na posiedzeniu Podzespołu ds. ochrony zdrowia Rady Dialogu Społecznego. Pan profesor Krzysztof Tomasiewicz z Lublina był tam uprzejmy wskazać na szczególną sytuację pacjentów z niedoborami odporności. Mam pytanie, które może wydaje się błahe, bo nie dotyczy setek tysięcy czy milionów pacjentów. Chodzi o przystosowanie do warunków nowej normalności, w której przyszło nam żyć. Pragnę zapytać, czy w związku z tym, że cały czas na stronie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji znajdują się wytyczne do stosowania dla pacjentów z ciężkim przebiegiem COVID, czy będą one aktualizowane i czy będą stałym elementem tego pejzażu systemu ochrony zdrowia w warunkach nowej normalności? Drugie pytanie – czy Ministerstwo Zdrowia lub NFZ dostrzegają konieczność tworzenia nowych struktur czy produktów rozliczeniowych, rozwiązań administracyjnych i prawnych, jeśli chodzi o sytuację tych pacjentów? Wiem, że to dowód anegdotyczny – nie mam większych informacji na ten temat – pan profesor Tomasiewicz był uprzejmy stwierdzić, że ma na oddziale bardzo wielu chorych w trudnej sytuacji zdrowotnej, którzy dodatkowo mają ciężki przebieg COVID. Czy z racji tego, że trochę więcej już wiemy o tej chorobie, czy potrzebujemy nowych rozwiązań prawnych i organizacyjnych związanych z tą grupą, która jest wyjątkowo niejednorodna, bo mówimy o pacjentach onkologicznych, hematoonkologicznych, po przeszczepach. To bardzo niejednorodne i może być bardzo skomplikowane, ale czy dostrzegają państwo – resort lub NFZ – konieczność podjęcia jakichś operacji? Pięknie dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Myślę, że pan dyrektor Dzięgielewski chciałby odpowiedzieć, bo w resorcie jest więcej informacji na ten temat. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

Panie przewodniczący, bardzo dziękuję za budowane przez nas latami wzajemne zaufanie. Jeśli chodzi o wytyczne do COVID, musimy pamiętać, że nie ma sensu ich zmieniać w tej chwili, bo sam COVID się zmienia. Staje się czymś, co będzie nam towarzyszyło, podobnie jak grypa towarzyszy nam od dawien dawna. Nie jest ona już takim problemem i mordercą jakim okazał się COVID, ale chorobą w większości przypadków o stosunkowo łagodnym przebiegu. To choroba, która do niedawna była wyłącznie odgadywana. Dopiero teraz wprowadziliśmy testy combo, które będą diagnozowały najczęstsze przyczyny chorób przebiegających w bardzo podobny sposób, chociażby po to, aby ustrzec przed antybiotykami. Oczywiście pewne wytyczne zostają. Były one tak naprawdę przedmiotem prac Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Udało się zrobić cały szereg wytycznych tuż pod koniec epidemii, gdy problem zasadniczo w większości znikał.

Jeśli chodzi o utrzymującą się umieralność, którą państwo podkreślają, mam świeżo ściągnięte dane ze strony urzędu statystycznego. To dane do końca marca 2023 roku – zgony tydzień po tygodniu. Poza dwoma pierwszymi tygodniami 2023 roku przebieg tych zgonów tygodniowo jest już poniżej krzywej z 2019 roku. Myślę, że mówienie o tym, że nadal utrzymuje się nam wysoka umieralność jest już nieuprawnione, przynajmniej w świetle danych, które są na tyle aktualne, że możemy się nimi posłużyć i je pokazywać. Rok 2023 już z całą pewnością nie jest rokiem, w którym potrzebujemy jakiegoś specjalnego zarachowania.

Były dwa pytania panie Wojtku, pierwsze o…

Ekspert ds. ochrony zdrowia FPP Wojciech Wiśniewski:

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, chodzi o to czy wobec tego, że więcej wiemy o pandemii, czy konieczne z państwa punktu widzenia wydaje się stworzenie jakichś nowych regulacji, wyłonienie jakichś struktur, aby zająć się pacjentami w trudnej sytuacji zdrowotnej i immunoniekompetentnymi.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Zajmowaliśmy się tym bardzo długo i starannie się nad tym zastanawialiśmy. To, co robiliśmy dla osób immunoniekompetetnych – nie wiem czy to słowo jest poprawne politycznie, ale użyjmy go, bo mniej więcej odzwierciedla istotę zagadnienia – przewidywaliśmy ich szczepienie w jednej z pierwszych kolejności. Bardzo mocno lobbował za całą tą grupą pacjentów pan profesor Gellert, który jak wiadomo zajmuje się dializami w Polsce. To duża grupa, która nie tylko ma niedostatki odporności, ale jeszcze 3 razy w tygodniu jest w stałym kontakcie z placówkami służby zdrowia. Śmiertelność w tej grupie rzeczywiście była zatrważająca. Zanim weszły szczepienia, początki były okrutne. Wybiło sporo pacjentów z całkowitą niewydolnością nerek. Dzięki temu, że byli szczepieni w pierwszej kolejności i właściwe w całości, zeszło to do wyników zupełnie normalnych. Tam szczepienia rzeczywiście pokazały ogrom pracy.

Zastanawialiśmy się nad tym, ale teraz już nie rozmawiamy o specjalnych strukturach dla COVID, ale dla zespołu post COVID i wielochorobowościowego. Były przygotowane prace przy AOTMiT. Jeśli powołać taką strukturę, to potrzebna byłaby cała przychodnia wielospecjalistyczna. Nie ma jednego long COVID. Występują powikłania ze strony każdego możliwego układu i narządu. Musielibyśmy powołać specjalną przychodnię, która nic innego nie będzie robiła, tylko będzie tam siedział cały zespół lekarzy w pełnej gotowości i w zależności od tego, na którego wypadnie, ten będzie się zajmował przypadkiem. Tworzenie takiej struktury siłą rzeczy ograniczałoby możliwość udzielania pomocy li tylko i jedynie do największych miast, bo nawet te mniejsze miałyby problem, aby coś takiego móc utworzyć. W związku z tym, ze względu na tak swoisty i niejednorodny przebieg zespołu post COVID, zasadniczo poddaliśmy się, jeśli chodzi o sam proces tworzenia takich struktur. Był po prostu nieracjonalny i wymagałby zaangażowania bardzo szerokiego potencjału ludzkiego, przy czym nie byłoby tak, że każdy z pacjentów musiałby odwiedzić każdego specjalistę. Każdy szedłby do innego, bo każdy ma inny zespół objawów. Są pacjenci z nużliwością, z objawami ze strony układu krążenia, nerwowego, gastroenterologicznego. Znają państwo tę pracę lepiej ode mnie. Każde towarzystwo publikowało cały zespół objawów, który powstaje w wyniku COVID i po nim

w związku z tym lepiej nie tworzyć na siłę rozwiązań, które będą zupełnie niedopasowane do rzeczywistych potrzeb.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan dyrektor chciał jeszcze uzupełnić? Pan poseł Jerzy Hardie-Douglas, bardzo proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Chciałem jeszcze w kilku zdaniach ustosunkować się do tego, co przed chwileczką usłyszałem – że obecnie nie ma nadmiarowości zgonów z powodu COVID, co jest pewnie prawdą.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Nadmiarowości zgonów ogółem.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Jedno z drugim się wiąże. Nie ma nadmiarowości zgonów m.in. dlatego, że jest normalny dostęp do opieki zdrowotnej i dlatego, że wirus Omikron jest mniej zabójczy niż inne odmiany, które były wcześniej, przede wszystkim w 2020 roku i na początku roku 2021. Nie można stwierdzać, że w związku z tym nie ma teraz epidemii, bo jest. Mnóstwo pacjentów chorych na choroby górnych dróg oddechowych w ogóle nie robi testów. Ja też nie robię, bo uważam, że to w ogóle nie implikuje jakiejkolwiek zmiany sposobu postepowania terapeutycznego. Skoro nasza wiedza, czy mamy COVID czy nie, nie implikuje sposobu postępowania, to po cholerę robić te testy? Takie jest moje zdanie. Oczywiście można się z tym zgadzać lub nie.

Chciałbym jeszcze powiedzieć coś ze swojej działki, ponieważ zapomniałem o tym powiedzieć, gdy zabierałem głos po raz pierwszy. Przedstawiciel ministerstwa powiedział, że nie zaobserwowali państwo nadmiernej liczby zgonów na choroby nowotworowe w trakcie epidemii. To jest dla mnie zupełnie zrozumiałe, bo z powodu raka nie umiera się w ciągu paru tygodni. Myślę, że poprze mnie pan profesor i każdy, kto działa w onkologii, tak jak ja, czynnie, kto przyjmuje pacjentów. Nie spotkałem się od wielu lat z taką liczbą pacjentów, którzy przychodzą z nowotworami w bardziej zaawansowanym stadium. Będzie to implikowało zwiększenie liczby zgonów nie natychmiast, ale za parę lat. Ludzie, którzy mogliby być całkowicie wyleczeni, albo byliby w grupie, która przeżyje co najmniej 5 lat, umrą po 3–4. To wynik tego, że był zły dostęp do leczenia onkologicznego przez to, że państwo nie potrafili przekonać pacjentów, Polaków, do tego, że większym niebezpieczeństwem jest zaniechanie pójścia do lekarza, niż wyjście na ulicę. To będzie zbierało żniwo. To konkretne zarzuty. Wy odpowiadaliście za sposób walki z COVID. Popełniono dziesiątki błędów. Będę to powtarzał, bo to błędy, za które obecna koalicja rządząca z całą pewnością odpowiada.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Nie słyszę licznych zgłoszeń. Cały czas obracamy się dziś wokół szczepień. Może pani dyrektor Departamentu Przeciwepidemicznego i Ochrony Sanitarnej Granic Głównego Inspektoratu Sanitarnego chciałaby podzielić się informacjami? Tych nowych zachorowań, zwłaszcza jeśli chodzi o ścianę wschodnią, gdzie mamy wielu uchodźców można coraz więcej zobaczyć w statystykach. Głos ma pani dyrektor Anna Baumann-Popczyk. Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Przeciwepidemicznego i Ochrony Sanitarnej Granic Głównego Inspektoratu Sanitarnego Anna Baumann-Popczyk:

Rozpatrując sytuację epidemiologiczną obecnie należy mieć na uwadze również sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych, która miała miejsce podczas epidemii COVID-19. To, co obserwowaliśmy w roku 2020 i 2021 oraz 2022 to spadek chorób zakaźnych. Taki był trend w przypadku większości z nich. Padła informacja o szkarlatynie – płonicy. Chciałabym przytoczyć dane dotyczące zachorowań na tę chorobę. W 2018 roku było 18 781 zachorowań, w 2019 roku około 21 tys., w 2020 roku 7662, w 2021 roku 2649 i w 2022 roku i 2023 roku obserwujemy wzrost liczby zakażeń. Jest to m.in. spowodowane tym, że w latach epidemicznych były wprowadzone obostrzenia. Kontakt między-

ludzki był rzadszy. Stosowano niefarmakologiczne środki ochrony, które też miały wpływ na sytuację epidemiologiczną. Teraz niejako powracamy do stanu sprzed epidemii.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Interesowała mnie też bardzo zwiększająca się co roku liczba osób, które odmawiają szczepień. To jest też problem, o którym powinniśmy głośno mówić i to dane, które powinny być pokazywane. Przed nami lata, które przynoszą wzrost zachorowań na HIV, AIDS, kiłę, która wydawała się chorobą sporadycznie występującą. Dla państwa, jako GIS jest to zadanie, aby monitorować to i informować opinię publiczną o tym problemie.

Dyrektor departamentu GIS Anna Baumann-Popczyk:

Tak, panie przewodniczący. Zgadzam się z tym. Takie informacje są przedstawiane opinii publicznej. Co roku w „Stanie sanitarnym kraju" – to dokument, który jest publikowany przez GIS – są publikowane dane dotyczące odmów szczepień. Mierzymy się z tym zagadnieniem. W tym roku planujemy wzmóc nasze działania właśnie w zakresie promocji szczepień ochronnych i edukacji, aby zwiększyć poziom zaszczepienia przeciwko chorobom zakaźnym. Wiemy, że jest taki problem. Zdajemy sobie sprawę i obserwujemy narastający trend odmów.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Pan dyrektor Poznański ma jeszcze pytania, na które pewnie chciałby odpowiedzieć.

Dyrektor departamentu MZ Dariusz Poznański:

W temacie szczepień, jak wspomniała pani dyrektor, ta informacja jest raz na rok. Istotne jest, że sposób jej uzyskiwania jest uwarunkowany tym, że musi przejść przez kilka instytucji. Chcemy to znacznie uprościć i przygotowujemy projekt ustawy, która ma wprowadzić obowiązkową elektroniczną kartę szczepień, aby nie czekać na informacje, które lekarz podstawowej opieki zdrowotnej przekazuje do powiatowego inspektora, a ten później do wojewódzkiego i głównego. Chcemy mieć na bieżąco informacje o tym, w jaki sposób ten obowiązek szczepień jest realizowany. Mamy też kilka innych pomysłów, które rozważamy, w postaci porady proszczepiennej. To, co widzimy, w szczególności w populacji uchodźców z Ukrainy, jest trudne. Bardzo ciężko jest przekonać mamy z Ukrainy do szczepień dzieci w wieku kilku i kilkunastu lat. To bardzo trudne wyzwanie. Ta populacja, wedle danych, które przekazuje nam UNICEF, jeśli chodzi o promocję szczepień, jest najbardziej antyszczepionkowa w Europie, a może nawet na świecie. To bardzo duże wyzwanie, jeśli chodzi o dzieci kilku i kilkunastoletnie.

Jeśli chodzi o szczepienia w szpitalach, wykonywane w pierwszych dwóch dobach, przeciwko WZW typu B i gruźlicy, efektywność przekonywania naszego personelu medycznego jest bardzo wysoka. Pani dyrektor zbierała informacje ze wszystkich oddziałów ginekologiczno-położniczych i jest to taki sam poziom w tej populacji, jak w populacji Polski. Chcemy z tego skorzystać i wprowadzić takie profesjonalne orzecznictwo na korzyść szczepień i aby w tych istotnych momentach pojawiła się edukacja. Jesteśmy przekonani, że to może być bardziej efektywne, niż mechanizm egzekucji administracyjnej, kar pieniężnych. Prowadzimy tysiące postępowań administracyjnych. Jeśli ktoś jest bardzo nieprzekonany, to grzywna 1–5 tys. zł nie jest w stanie przymusić do szczepień. To nasza bardzo duża troska. Obserwujemy zwiększoną zachorowalność na choroby, które można szczepionkami skutecznie ograniczać. Od zeszłego roku widzimy różne inne zjawiska epidemiologiczne, w związku z wojną na Ukrainie – gruźlicę i HIV. Aktywnie w tej sferze działamy i sytuacja wydaje się nie być alarmująca. Mamy też kontakt ze światową organizacją zdrowia. Były misje ze strony WHO i żadne niepokojące informacje nie zostały przekazane. Nie dzieje się coś, czego nie moglibyśmy się spodziewać. Jeśli chodzi o gruźlicę, wdrożony jest program kompleksowego, ambulatoryjnego leczenia tych pacjentów we współpracy ze stroną ukraińską, lekarzami bez granic, którzy docierają do tych pacjentów, szczególnie z gruźlicą wielolekoodporną. Na ile się da, sytuacja jest opanowana i leczenie jest dostępne. Mamy też darowizny leków ze strony producentów i organizacji ponadnarodowych. Jakoś sobie z tym radzimy. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Tylko że nieszczepione dzieci to również zagrożenie dla przedszkoli, szkół i współuczestników życia codziennego. To jeden z elementów, który powinniśmy szybko wypracować. Państwo w resorcie mogą się tym zająć. Powinny być ułatwienia w aptekach. Mamy 40 tys. farmaceutów, którzy są do tego przygotowani. Trzeba tylko ułatwić sprawowanie tego typu działań w aptekach, z możliwością wykonywania tego typu szczepień. Oczywiście nie wszystkie szczepienia, ale np. na grypę można dużo łatwiej realizować. Witam panią poseł Dziuk. Już chce mnie pani poseł wyprosić, ale mamy jeszcze czas. Kto z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Jeśli nikt, to poczułem oddech pani przewodniczącej podkomisji do spraw onkologii. Tak się niestety stało. Moja wrodzona skromność nie pozwala mi tu dyskutować z realiami i w związku z tym będziemy powolutku kończyli.

Dziękuję serdecznie za spotkanie. Panie dyrektorze, szanowni państwo, czekamy na raport zespołu. Myślę, że temat powinien być przez nas omawiany i bez wielkich kontrowersji. Jak pan doktor Hardie-Douglas myślę, że ten dług zdrowotny jeszcze długo będziemy spłacali, a system ochrony zdrowia nie jest naszą najmocniejszą stroną. Wiemy doskonale o brakach kadrowych i finansowych. To wszystko będzie powodowało niestety przyrost tych problemów.

Dziękuję bardzo. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. W ten sposób wyczerpaliśmy porządek dzienny. Zamykam posiedzenie podkomisji. Dziękuję wszystkim jeszcze raz za przybycie.